

SOLICITUD DE BENEFICIOS MÉDICOS PARA NIÑOS APPLICATION FOR CHILDREN'S MEDICAL BENEFITS

Esta solicitud es sólo para cobertura médica para niños y adolescentes menores de 19 años. Cualquier persona puede solicitar la cobertura en nombre de un niño. Los niños pueden solicitar la cobertura en su propio nombre. **Toda la información para el seguimiento será enviada a la persona nombrada en el casillero 1.** Si tiene alguna pregunta o desea ayuda para completar este formulario, sólo llame al 1-877-543-7669. ¡Estaremos felices de ayudarle!

Por favor escriba en imprenta con tinta negra o azul. No use lápiz. **(Añote el nombre del padre, tutor o persona de contacto que recibirá la información para el seguimiento)**

1. PRIMER NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE		APELLIDO	
2. DIRECCIÓN DONDE VIVE		CALLE		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
3. DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE)		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
4. NÚMEROS TELEFÓNICOS	5. ¿Tiene problemas para hablar, leer o escribir en inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
VIVIENDA ()	¿Qué idioma o formato alternativo necesita? _____				
TRABAJO ()	¿Necesita un intérprete? (Si la respuesta es sí, le ayudaremos a través de un intérprete). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
MENSAJE ()	¿Qué idioma habla? _____				
6. ¿Hay algún niño menor de 19 años que tenga una condición médica que necesite atención inmediata? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Hay alguna mujer embarazada en su familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si la respuesta es "sí", ¿quién es? _____					

Información general

7. Enumere a los miembros de la familia **que viven juntos.**
(Si es necesario, adjunte una hoja de papel aparte para incluir a más miembros de la familia).

NOMBRE (PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	SEXO M o F	PARENTESCO CON USTED	FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL *=OPCIONAL	CIUDADANO ESTADOU- NIDENSE. SÍ NO	LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/ESTADO)	COMPLETE SI EL NIÑO NO ES CIUDADANO DE E.E.U.U.	
							INDIQUE LA FECHA EN QUE EL MENOR LLEGÓ A LOS EE. UU.	¿TIENE EL NIÑO UN PATROCINA DOR? SÍ NO
A. Padre, tutor o sí mismo				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
B. Cónyuge u otro padre (Si vive en el hogar)				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
C. Añote a niños y adolescentes menores de 19 años de edad (que deseen beneficios médicos)					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. Añote a otros adultos/niños en el hogar (que no deseen beneficios médicos)				*		Nota: por favor adjunte todo documento que exponga el estado de los niños.		
				*				

8. ¿Hay niños menores de 19 años discapacitados en su familia? Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿quiénes son?

Costos Esta información puede ayudar a que sus niños califiquen.

9. ¿Paga por el cuidado de sus niños mientras trabaja?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto paga al mes? \$
¿Paga a alguna persona por el cuidado de un adulto dependiente discapacitado mientras trabaja?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto paga al mes? \$
10. ¿Paga manutención para niños ordenada por un juez para un niño que no vive en su hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto paga al mes? \$

Ingresos Anote su sueldo BRUTO (antes de impuestos o gastos).

(Por favor adjunte prueba de sus ingresos)

11. NOMBRE Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL EMPLEADOR DEL PADRE FECHA INICIAL:	()	OTROS INGRESOS DEL HOGAR	MONTO RECIBIDO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	¿QUÉ PARIENTE GANA ESTE INGRESO?
		15. MANUTENCIÓN PARA NIÑOS	\$	
12. Monto que recibió en los últimos 30 días antes de ser descontados los impuestos y gastos: \$ ¿Cuánto de estos ingresos proviene de trabajo independiente?* \$		16. PENSIÓN ALIMENTICIA	\$	
		17. PAGOS DEL SEGURO SOCIAL	\$	
		18. FONDO DE DESEMPLEO	\$	
13. NOMBRE Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE (U OTRO PADRE QUE VIVE EN EL HOGAR) FECHA INICIAL:	()	19. INGRESOS POR INVERSIONES/ INTERESES/DIVIDENDOS	\$	
		20. PENSIÓN PARA VETERANOS	\$	
14. Monto que su cónyuge (u otro padre que vive en el hogar) recibió en los últimos 30 días antes del descuento de impuestos y gastos: \$ ¿Cuánto de estos ingresos proviene de trabajo independiente?* \$		21. TRABAJO E INDUSTRIAS	\$	
		22. PENSIONES MILITARES	\$	
		23. OTRO (Por favor explique):	\$	
*Si usted o su cónyuge (u otro padre que vive en el hogar) son trabajadores independientes, podría tener otros descuentos. Por favor llame al 1-877-KIDS-NOW para obtener más información o para recibir asistencia con su solicitud.		24. ¿Necesita ayuda para pagar cuentas médicas, dentro de los últimos 3 meses, para cualquiera de estos niños para los cuales presenta esta solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", * por favor envíe copias de todo los ingresos del hogar para los meses que desea que revisemos.		

Información de seguro de salud Cuéntenos sobre cualquier seguro de salud que sus hijos ya tienen.

25A. Alguno de los niños para los cuales está presentando esta solicitud ya tienen seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	25B. Si la respuesta es "Sí", ¿ese cubre seguro médico, hospital, rayos-x (radiología) y servicios de laboratorio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	26A. ¿Han recibido sus niños cobertura de un seguro de salud relacionado con el trabajo en los últimos 4 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	26B. Si la respuesta es "Sí", ¿era la prima menor a \$50 mensuales para dependientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
27. Si marcó "Sí" para cualquiera de las respuestas anteriores (25 A o B o 26 A o B), por favor anote el nombre de la empresa de seguros o del empleador que provee un seguro de salud para sus hijos.			
EMPRESA DE SALUD O EMPLEADOR	NÚMERO DE PÓLIZA	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (OPCIONAL)

Raza del niño/antecedentes étnicos (información voluntaria)

Pedimos que nos informe voluntariamente sobre la raza o antecedentes étnicos de su hijo. Esta información no será tomada en cuenta al considerar su elegibilidad para beneficios.	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano
	<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u Otro isleño del Pacífico	
	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro:	
La discriminación está prohibida en todos los programas y actividades administrados por el Departamento de Servicios Sociales y de Salud. Nadie será excluido de estos programas y actividades en base a su raza, color, credo, creencias políticas, nacionalidad, religión, edad, sexo o discapacidad.			

Lea atentamente antes de firmar

Esta solicitud es únicamente para beneficios médicos para niños. Si cualquier persona en su familia ya recibe o desea solicitar beneficios en efectivo, comida básica u otros beneficios, por favor hable con su Oficina de Servicios Comunitarios (CSO, por sus siglas en inglés) de DSHS local.

- DSHS podría pedirle que compruebe la información que le está entregando para determinar si es elegible. Puede pedir ayuda a DSHS para obtener pruebas.
- Su información podría ser revisada por otras agencias estatales o federales. Esta información NO será compartida con los Servicios de Inmigración y Naturalización (INS, por sus siglas en inglés).
- Al solicitar y obtener beneficios del cuidado de la salud, usted le da derecho al Estado de Washington a toda asistencia médica y a todo pago de terceros por servicios del cuidado de la salud.
- DSHS podría divulgar el historial de inmunización de su hijo con el Sistema de rastreo de perfil de inmunización infantil.

DECLARACIÓN Y FIRMA: He leído y entendido toda la información en esta solicitud. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que he dado en esta solicitud es, a mi mejor entender, veraz, correcta y completa.	
FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA

Cómo presentar

ENVIAR POR CORREO POSTAL A: **Department of Social and Health Services
PO Box 45449
Olympia WA 98504-5449**

PARA OBTENER AYUDA: Si necesita ayuda o si tiene preguntas, por favor llame al **1-877-KIDS-NOW.**
(1-877-543-7669)

